

Znaczenie wybranych zmiennych psychopatologicznych i osobowościowych w przebiegu astmy oskrzelowej alergicznej i niealergicznej

The significance of selected psychopathological and personality variables in the course of allergic and non-allergic asthma

Piotr Czyż¹, Mariusz Furgal², Roman Nowobilski³, Bogdan de Barbaro², Grażyna Pulka⁴

¹ Centrum Konsultacji Medyczno-Psychologicznych „Psyge”, Annemasse, Francja
Kierownik: dr A. Harabi

² Zakład Terapii Rodzin Katedry Psychiatrii UJ CM
Kierownik: prof. dr hab. n. med. B. de Barbaro

³ Zakład Rehabilitacji w Chorobach Wewnętrznych, Wydział Nauk o Zdrowiu UJ CM
Kierownik: prof. dr hab. R. Nowobilski

⁴ Oddział Kliniczny Kliniki Alergii i Immunologii, II Katedra Chorób Wewnętrznych UJ CM
Kierownik: prof. dr hab. n. med. J. Musiał

Summary

Aim. The aim of this study was to carry out a comparative analysis of selected psychopathological and personality variables in patients with allergic and non-allergic asthma, as well as an attempt to determine the significance and strength of these variables in the clinical picture of both forms of the disease.

Methods. In all patients structured anamnesis, basic spirometry, and dyspnea measurement were carried out. The level of anxiety was determined using Spielberger's questionnaire. The intensity of depression was evaluated with Beck's Inventory. Neuroticism and extroversion-introversion were assessed by Eysenck's Inventory. The I-E scale was used to determine the perception of the locus of control.

Results. The lack of significant differences in the area of psychopathological and personality variables was found between the two types of asthma. The gender differentiated patients with respect to psychopathology. The intensity of extroversion correlated with the duration of the disease. In the case of neuroticism, the clinical form of the disease was associated with blurring the differences between genders. The intensity of dyspnea and the spirometric results correlated with the psychological background of the disease.

Conclusions. No significant differences in the area of psychopathology and personality dimensions between the groups of patients with allergic and non-allergic asthma were found although psychological variables are associated with the course of asthma in adults.

Słowa klucze: astma, psychopatologia, osobowość

Key words: asthma, psychopathology, personality

Wstęp

Zaburzenia psychiczne u pacjentów z astmą oskrzelową są istotnym problemem klinicznym [1]. Szczególnie ważne są tutaj zaburzenia lękowe i depresyjne. W jednym z opracowań wskazano, że zespoły lękowe występują u ponad 60% chorych na astmę [2], natomiast zaburzenia depresyjne dotyczą od 28% [3] do 66% [4] tych chorych. Co więcej, w piśmiennictwie odnajdujemy coraz częściej opisy specyficznego profilu osobowościowego chorych na astmę [5, 6], a niektóre wymiary osobowościowe, jak np. ekstrawersja, mogą odgrywać istotną rolę moderującą przebieg choroby, wpływając np. na jej zaostrzenie [7].

Tło psychologiczne astmy pozostaje więc w związku z jej przebiegiem, oddziałując także na jej subiektywne manifestacje. Nowobilski [8] wykazał związek pomiędzy poczuciem braku powietrza a lękiem—cechą, lękiem—stanem, depresyjnością oraz neurotyzmem.

Astma może być dzielona na dwie postacie kliniczne: alergiczną i niealergiczną. Różnią się one częściowo etiologią oraz przebiegiem [9, 10]. Astma alergiczna występuje zazwyczaj w młodszy wieku, częściej u osób płci męskiej. Wiąże się z lepszym rokowaniem oraz możliwością określenia konkretnych alergenów odpowiedzialnych za napady duszności. Postać niealergiczną choroby pojawia się zwykle po 40 roku życia, częściej u osób płci żeńskiej. Cechuje się poważniejszym przebiegiem z częstym współwystępowaniem polipów nosowych. Alergiczne testy skórne są zazwyczaj ujemne [10].

Najciekawszym jednak elementem w kontekście niniejszej pracy są doniesienia o odmienności w zakresie profilu psychopatologicznego u osób chorujących na astmę alergiczną i niealergiczną. Ciesielska-Kopacz [11] przeprowadziła badanie, które wykazało różnice pomiędzy obiema grupami chorych na astmę pod względem wybranych wymiarów osobowościowych. Pacjentów niealergicznym wyróżniały: brak zaufania do ludzi, poczucie niepewności, ciągle poczucie zagrożenia, zamartwianie się, niskie poczucie własnej wartości oraz skrupulatność. Z kolei grupa badaczy belgijskich wykazała, iż nawrót choroby wymagający hospitalizacji jest powodem nasilenia objawów lękowo-depresyjnych, w większym stopniu u pacjentów z alergiczną postacią astmy [12]. Autorzy sformułowali hipotezę o większych zdolnościach adaptacyjnych u niealergicznym astmatyków, u których, z racji nieprzewidywalnego przebiegu zaburzenia (brak alergenów), pobyt w szpitalu nie byłby związany z poczuciem winy i niepowodzeniem terapii. W przypadku pacjentów alergicznym nawrót choroby może być przeżywany jako niepowodzenie w zastosowaniu się do zaleceń lekarskich (unikanie alergenów), co mogłoby się wiązać z pojawieniem się symptomów depresyjnych.

Ciekawe są także rezultaty badania przeprowadzonego na próbie dzieci [13]. Po zbadaniu 431 pacjentów okazało się, iż objawy depresyjne występowały trzykrotnie

częściej u dziewczynek z postacią niealergiczną astmy w porównaniu z grupą kontrolną zdrowych dzieci. W przypadku chłopców nie udało się wykazać podobnej zależności.

Badania porównawcze grupy pacjentów z astmą trudną i astmą indukowaną aspiryną, prowadzone przez Potoczek, wykazywały różnice pomiędzy tymi grupami w zakresie nasilenia lęku napadowego, który jest silniejszy w astmie trudnej, podobnie poczucie koherencji jako cecha osobowości jest słabsze w tej grupie, jak również częściej są używane niedojrzałe mechanizmy obrony osobowości. Z kolei w astmie aspirynowej częstsza jest współchorobowość lęku i depresji [14–17].

Różnice w zakresie psychopatologii u chorych na obydwie omawiane postaci astmy oraz doniesienia o moderującym wpływie czynników psychopatologicznych i osobowościowych na jej przebieg, z uwzględnieniem objawów subiektywnych choroby [18, 19], uzasadnia podjęcie niniejszego badania.

Material

Badaniem objęto kolejno 93 chorych na astmę (66% kobiet), w stanie stabilnym, zgłaszających się na planową wizytę kontrolną. Z uwagi na małą liczebność chorych z I stopniem zaawansowania choroby (astma sporadyczna) w obliczeniach zastosowano podział na 3 grupy, łącząc w analizach I i II stopień razem. Chorzy z astmą alergiczną stanowili 66,67% badanych, natomiast z astmą niealergiczną 31,33%.

Tabela 1. Rozkład częstości astmy alergiczej z rozbićm na płeć

		Płeć				Ogółem	
		K		M			
		N	%	N	%	N	%
Postać astmy	Brak alergii	20	32,79	11	34,38	31	33,33
	Alergia	41	67,21	21	65,63	62	66,67
Ogółem		61	66,67	32	33,33	93	100,00

K – kobiety, M – mężczyźni; N – liczba osób badanych

Tabela 2. Rozkład stopni ciężkości choroby (GINA, 2004) w grupach z astmą alergiczną i niealergiczną

		Alergia				Ogółem	
		Alergia		Brak alergii			
		N	%	N	%	N	%
GINA	II	20	41,67%	11	37,93%	31	40,26%
	III	9	18,75%	8	27,59%	17	22,08%
	IV	19	39,58%	10	34,48%	29	37,66%
Ogółem		48	100,00%	29	100,00%	77	100,00%

$\chi^2(2) = 0,827$; $p = 0,661$ N – ilość osób badanych, GINA – wskazuje na stopień zaawansowania choroby

Analiza rozkładu stopni ciężkości choroby u chorych z astmą alergiczną i niealergiczną wykazała brak zróżnicowania (test χ^2).

Tabela 3. **Wiek chorych i czas trwania choroby a postać astmy: alergiczna i niealergiczna**

Zmienne niezależne	\bar{x}		SD		p
	Alergia	Brak alergii	Alergia	Brak alergii	
Wiek	53,9	42,0	11,3	12,5	< 0,001
Czas trwania choroby	14,1	15,0	9,4	12,6	> 0,05

\bar{x} – średnia arytmetyczna, SD – odchylenie standardowe, p – poziom istotności

Metody

Zmienne demograficzne oraz przebieg leczenia zostały zarejestrowane przy użyciu ustrukturuwanego wywiadu. Stopień ciężkości astmy (GINA) [20] oraz jej typ, z różnicowaniem na postać alergiczną i niealergiczną, zostały określone przez specjalistów pulmonologów i alergologów. Nasilenie duszności, określone przez pacjenta w momencie badania, podczas wizyty ambulatoryjnej zostało oszacowane na 10-stopniowej skali odczuć subiektywnych Borga [21]. Pomiary nie obejmowały stanów nasilenia duszności w trakcie kryzysów astmatycznych. Badaniem objęto chorych, którzy w dniu badania nie wymagali zastosowania doraźnych wziewnych leków β_2 -mimetycznych. Typ farmakoterapii długoterminowej nie został zarejestrowany w trakcie wywiadu ustrukturuwanego, nie będąc odrębnym przedmiotem analiz, znajdując odzwierciedlenie jedynie w określeniu stopnia ciężkości astmy.

Wybrane zmienne psychopatologiczne oraz wymiary osobowościowe zbadano przy użyciu następujących narzędzi badawczych: stopień lęku mierzono Inwentarzem Stanu i Cechy Lęku (ISCL; kwestionariusz samooceny STAI, arkusze: X-1, X-2) [22, 23]. Objawy depresyjne badano Inwentarzem Becka: BDI Long Form [24, 25]. Do oszacowania ekstrawersji-introwersji oraz neurotyczności (zrównoważenia–niezrównoważenia) wykorzystano Inwentarz Osobowości (MPI) [26]. Podskala kłamstwa tego narzędzia pozwoliła na ocenę tendencji do ukrywania osobistych problemów, jak również skłonności do obronnego idealizowania własnego wizerunku w kierunku społecznie akceptowanym. Oceny poczucia umiejscowienia kontroli dokonano przy użyciu Skali I-E (Internal-External Control Scale) Rottera [27].

Analiza statystyczna

Obliczeń statystycznych dokonano przy użyciu programu STATISTICA. Analizy rozkładu stopnia ciężkości astmy wykonano za pomocą testu χ^2 (χ^2). Test t-Studenta posłużył do weryfikacji ewentualnych różnic w zakresie psychopatologii oraz wybranych wymiarów osobowościowych pomiędzy pacjentami z alergiczną i niealergiczną postacią astmy. Analiza wariancji wieloczynnikowej (ANOVA) posłużyła do sprawdzenia wpływu interakcji zmiennych kategorialnych na kształtowanie się zmiennych

zależnych. Choć nie było to niezbędne [28], sprawdzono normalność ich rozkładu i homogeniczność wariancji, nie stwierdzając znaczących ich naruszeń. Analizy korelacji zastosowano w celu sprawdzenia związków pomiędzy zmiennymi zależnymi.

Wyniki

Tabela 4. Wartości wybranych zmiennych spirometrycznych u chorych z astmą alergiczną i niealergiczną

Zmienne spirometryczne	\bar{x}		SD		p
	A	N	A	N	
FEV ₁	74,35	82,90	22,29	22,84	0,090
FEV ₁ / FVC	72,66	74,78	11,06	12,33	0,405
MEF _{25%VC}	59,27	65,50	27,43	30,98	0,329
MEF _{50%VC}	51,16	60,18	29,91	30,95	0,181
MEF _{75%VC}	49,06	57,71	31,78	31,96	0,223

\bar{x} – średnia arytmetyczna, SD – odchylenie standardowe, p – poziom istotności, N – astma niealergiczna, A – astma alergiczna, FEV₁ – natężona objętość wydechowa pierwszosekundowa, MEF_{25, 50, 75} – maksymalny przepływ wydechowy przy 25, 50 i 75% pojemności życiowej wdechowej, FVC – nasiloną pojemność życiową

Średnie wartości analizowanych zmiennych spirometrycznych nie różnicowały badanych z astmą alergiczną i niealergiczną

Weryfikacja różnic testem t-Studenta w zakresie wartości zmiennych psychopatologicznych oraz wymiarów osobowościowych u chorych z astmą alergiczną i niealergiczną nie wykazała istotności statystycznej ($p > 0,05$).

Tabela 5. Psychopatologia i osobowość a postać astmy: alergiczna – niealergiczna (test t-Studenta)

Zmienne	\bar{x}		SD		p
	A	N	A	N	
Lęk-stan	40,11	37,66	11,67	9,01	0,316
Lęk-cecha	45,73	46,00	10,12	7,80	0,901
Depresja	15,18	11,90	9,52	7,51	0,103
Ekstrawersja/ Introwersja	29,83	30,93	9,11	9,33	0,598
Neurotyzm	26,67	25,58	11,90	10,08	0,671
Poczucie umiejscowienia kontroli	11,04	11,40	3,52	3,56	0,656
Kłamstwo	25,87	23,89	5,54	5,17	0,110

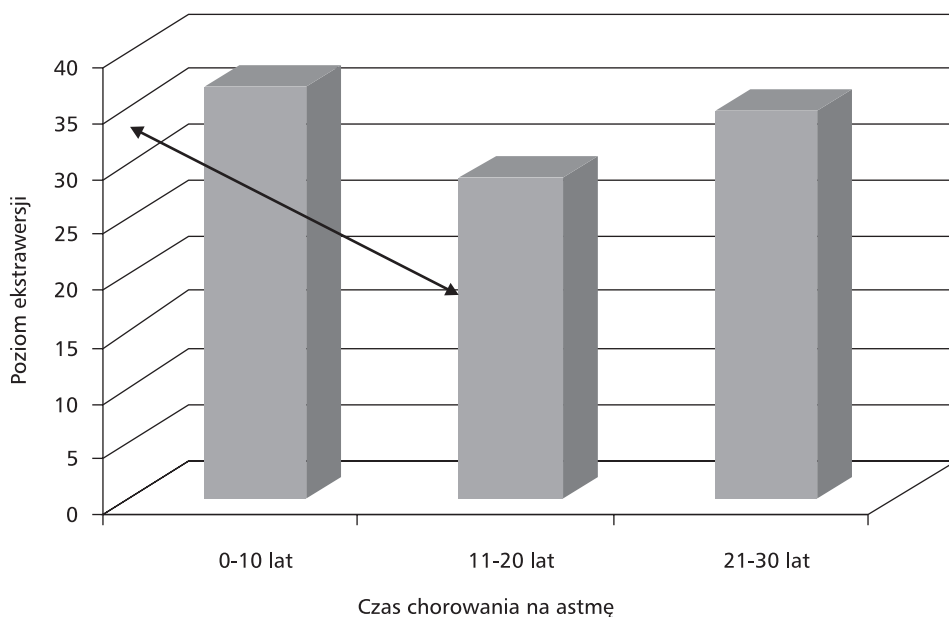
\bar{x} – średnia arytmetyczna, SD – odchylenie standardowe, p – poziom istotności, A – astma alergiczna, N – astma niealergiczna

Analizą wariancji wieloczynnikowej wykazano jedynie związek pomiędzy czasem chorowania na astmę a wartościami ekstrawersji ($p = 0,025$). Testem post hoc Gamesa-Howella wskazano na wyższy stopień ekstrawersji w grupie badanych o czasie chorowania do 10 lat w stosunku do grupy pacjentów chorujących od 11 do 20 lat ($p = 0,049$).

Tabela 6. Analiza wariancji (ANOVA) – wpływ interakcji typ astmy–czas chorowania na wartości ekstrawersji

Źródło zmienności	F	p
Typ astmy	0,00	0,978
Czas choroby	3,90	0,025
Alergia × Czas choroby	2,91	0,060

F – iloraz Snedecora-Fishera, p – poziom istotności



Rycina 1. Poziom ekstrawersji w trzech grupach chorych wyróżnionych ze względu na czas chorowania

Mężczyźni osiągalili niższe wartości zmiennych psychopatologicznych i osobowościowych niż kobiety w przypadku lęku–stanu ($p = 0,028$), lęku–cechy ($p = 0,008$), depresji ($p = 0,002$) i neurotyzmu ($p = 0,017$). Typ astmy nie różnicował natomiast uzyskanych wartości zmiennych psychopatologicznych i osobowościowych ani ogólnie, ani też osobno w poszczególnych podgrupach wyróżnionych ze względu na płeć ($p > 0,05$). W przypadku neurotyzmu różnice międzypłciowe były nieistotne

statystycznie w grupie chorych z astmą niealergiczną. W grupie chorych z astmą alergiczną mężczyźni mieli niższą średnią wartość neurotyzmu (ANOVA, porównania parami $p < 0,001$ przy interakcji płeć–typ astmy w ANOVA na poziomie $p = 0,038$), co przedstawiają tabele 7 i 8.

Tabela 7. Wpływ interakcji typ astmy–płeć na wartości neurotyzmu (ANOVA)

Źródło zmienności	F	p
Alergia	0,05	0,811
Płeć	5,93	0,017
Alergia × Płeć	4,42	0,038

F – iloraz Snedecora-Fishera, p – poziom istotności

Tabela 8. Neurotyzm a postać astmy: alergiczna i niealergiczna z podziałem na płeć (ANOVA, porównania parami)

Typ astmy	Różnica średnich	Błąd standardowy	p
A	11,53	2,82	0,001
N	0,85	4,22	0,841

A – astma alergiczna, N – astma niealergiczna, p – poziom istotności

Sprawdzenie zależności pomiędzy postacią astmy a psychopatologią oraz profilem osobowościowym, z rozbiciem na stopnie ciężkości choroby (za pomocą wieloczynnikowej analizy wariancji ANOVA), nie wykazało cech istotności statystycznej ($p > 0,05$). Postać kliniczna choroby nie różnicowała badanych zmiennych psychologicznych ani ogólnie, ani osobno w poszczególnych grupach wyróżnionych ze względu na stopnie ciężkości przebiegu astmy ($p > 0,05$).

Nasilenie duszności korelowało dodatnio z większością wartości badanych zmiennych psychopatologicznych i osobowościowych (lęk–stan: $p < 0,01$, $r = 0,43$; lęk–cecha: $p < 0,01$, $r = 0,31$; depresja: $p < 0,01$, $r = 0,38$; neurotyzm: $p < 0,05$, $r = 0,28$). Na uwagę zasługuje fakt, że powyższe korelacje przetrwały przy poddaniu kontroli zmiennych spirometrycznych, płci oraz BMI w analizie korelacji cząstkowych. Weryfikacja istnienia ewentualnych różnic w sile powyżej przedstawionych korelacji u badanych z astmą alergiczną i niealergiczną nie wykazała cech istotności statystycznej ($p > 0,05$).

Lęk jako stan ujemnie korelował z wartościami badanych zmiennych spirometrycznych: FEV_1 ($r = -0,21$, $p < 0,05$), PEF ($r = -0,25$, $p < 0,01$) i MEF_{75} ($r = -0,18$, $p < 0,05$), natomiast lęk jako cecha korelował z: FEV_1/FVC ($r = -0,20$, $p < 0,05$), PEF ($r = -0,22$, $p < 0,05$), MEF_{25} ($r = -0,22$, $p < 0,05$) oraz MEF_{50} ($r = -0,19$, $p < 0,05$). Nasilenie depresji korelowało ujemnie ze wszystkimi analizowanymi wynikami badania spirometrycznego, oprócz FEV_1/FVC . Podobnie jak w przypadku duszności, próba sprawdzenia różnicy w sile powyższych korelacji pomiędzy dwiema postaciami choroby nie doprowadziła do osiągnięcia wyników istotnych statystycznie ($p > 0,05$).

Dyskusja

Przeprowadzone analizy wskazują na brak istotnych różnic w zakresie średnich wartości zmiennych spirometrycznych u badanych chorych z astmą alergiczną i niealergiczną (tab. 4). Wyniki te mogą świadczyć pośrednio o zbliżonym stopniu zaawansowania choroby w obu badanych grupach chorych, co zresztą częściowo potwierdza analiza rozkładu stopni ciężkości astmy (tab. 2).

Typ astmy – alergiczny bądź niealergiczny – również nie wiązał się ze zróżnicowaniem badanych w zakresie wartości wybranych zmiennych psychopatologicznych i osobowościowych. Rezultaty te stoją w pewnej opozycji do wyników badań Ciesielskiej-Kopacz [11], w których wykazano wyższy poziom zaburzeń psychicznych w grupie chorych na astmę niealergiczną. W cytowanej pracy chorzy ci osiągalni wyższe wartości w podskalach psychopatii, depresji oraz hysterii (kwestionariusz MMPI). Odmienność uzyskanych rezultatów może tłumaczyć tu inny rodzaj stosowanych narzędzi. Autorka powyższego artykułu porównywała względnie statyczne wymiary osobowościowe związane ze skłonnością do reagowania objawami psychopatologicznymi, natomiast nasze analizy obejmowały w dużej mierze psychologiczne parametry dynamiczne albo wymiary osobowości nie odnoszące się bezpośrednio do objawów psychopatologicznych. Nasze badania nie potwierdziły także wyników obserwacji Teiramaa [29], które wskazywały na wyższe wartości ekstrawersji u pacjentów alergicznych.

Ciekawą obserwacją własną okazał się natomiast związek pomiędzy czasem chorowania na astmę a wartością ekstrawersji. Analiza wariancji wieloczynnikowej jednoznacznie wskazuje na istnienie tej interakcji, przy jednoczesnym braku znamiennych różnic w wartościach ekstrawersji u chorych z astmą alergiczną i niealergiczną. Wykazano większą ekstrawersję w podgrupie badanych o czasie chorowania do 10 lat w stosunku do podgrupy badanych chorujących od 11 do 20 lat. Podobne rezultaty odnajdujemy w pracy Fernandes i wsp. [30], którym także udało się zaobserwować zjawisko spadku ekstrawersji w miarę upływu czasu trwania choroby, jak również w ujemnej korelacji ze stopniem zaawansowania astmy. Możemy więc mówić o modyfikacji jednego z wymiarów osobowościowych w trakcie chorowania na astmę. Nasza obserwacja wykazuje, że wraz z wydłużaniem się czasu trwania choroby (po około 10 latach chorowania) pacjenci stają się bardziej introwertyczni, co w świetle jednego z aktualnych badań pozwala stawiać hipotezę o możliwości istnienia zjawisk adaptacyjnych. W pracy Huovinena i wsp. [7] wysokie wartości ekstrawersji były czynnikiem ryzyka wystąpienia objawów astmatycznych u kobiet. W naszym opracowaniu tendencja spadku ekstrawersji w miarę upływu choroby nie ma charakteru linearnego. W podgrupie chorujących od ponad 20 lat dochodzi do ponownego wzrostu w zakresie tego wymiaru osobowości (ryc. 1). Na podstawie niniejszych badań trudno jest o jednoznaczną interpretację tego zjawiska. Wymaga ono dalszych badań. W szczególności nasze badanie nie uwzględniało wieku jako zmiennej grupującej. W sytuacji dysponowania większą grupą badaną, zasadne byłoby także przeprowadzenie ponownych analiz różnic dla astmy alergiczej i niealergiczej dla poszczególnych zakresów czasu trwania choroby.

Z kolei próba weryfikacji wpływu płci oraz typu astmy na kształtowanie się wartości wybranych zmiennych psychologicznych nie wykazała różnic w zakresie dwóch postaci klinicznych choroby, pozwalając jedynie na określenie różnic międzypłciowych.

Wynikiem wymagającym komentarza jest uzyskanie znamiennej interakcji w analizie wariancji wieloczynnikowej pomiędzy typem astmy a płcią badanych dla neurotyzmu (tab. 7). Różnice międzypłciowe były znamienne w grupie z alergią – mężczyźni mieli niższą wartość średnią (tab. 8), natomiast były one statystycznie nieistotne w grupie chorych niealergicznym. Typ astmy miał więc związek z „zatarciem” różnic międzypłciowych w zakresie jednego z wymiarów osobowościowych. Wynik ten pozwala przypuszczać, że etiologia astmy nie jest obojętna dla psychologicznego tła choroby. Co więcej, istnieją opracowania mówiące o zwiększonym ryzyku występowania astmy w przypadku podwyższonych wartości neurotyzmu [31]. W tym kontekście można domniemywać, że u chorych z niealergiczną postacią astmy ten wymiar osobowościowy wiąże się ze złożonymi mechanizmami etiologicznymi w równym stopniu u kobiet, jak i u mężczyzn. Wyzwolenie napadu duszności astmatycznej zależy od wielu czynników wegetatywno-immunologicznych, natomiast związane ze zmiennością choroby wymiary psychologiczne, w tym przypadku neurotyzm, być może różnicują chorych alergicznych i niealergicznym, kształtując się w odmienny sposób u obu płci.

Weryfikacja wpływu interakcji pomiędzy stopniem ciężkości (zaawansowania) choroby a typem astmy na kształtowanie się zmiennych psychologicznych wykazała, że typ astmy nie różnicował wymiarów psychopatologicznych oraz osobowościowych ani ogólnie, ani osobno w poszczególnych grupach wyróżnionych ze względu na zaawansowanie choroby.

W piśmiennictwie można odnaleźć doniesienia o większym nasileniu zaburzeń psychicznych u astmatyków z bardziej zaawansowaną postacią astmy. Esponosa i wsp. [32] zbadali grupę 120 osób dorosłych (60 pacjentów chorujących na astmę i 60 pacjentów należących do grupy kontrolnej) pod kątem współistnienia zaburzeń lękowo-depresyjnych oraz ich związku ze stopniem zaawansowania choroby. Okazało się, iż pacjenci z ciężkim stopniem zaawansowania astmy cierpieli częściej na zaburzenia depresyjne, jednak nie dało się wykazać podobnej korelacji w przypadku zaburzeń lękowych. Związku takiego nie zaobserwowaliśmy w naszych badaniach.

Z kolei analiza korelacji pomiędzy zmiennymi psychopatologicznymi oraz osobowościowymi a nasileniem duszności u chorych na astmę wykazała, iż jedynie w przypadku ekstrawersji oraz poczucia umiejscowienia kontroli nie da się potwierdzić cech znamienności statystycznej. Nie stwierdzono natomiast istotnych różnic w sile tego związku pomiędzy grupami wyróżnionych ze względu na analizowany typ astmy. W trakcie porównań międzygrupowych związek psychopatologia–duszność zanikał w przypadku niektórych zmiennych psychologicznych, uniemożliwiając tym samym dalszą analizę porównawczą. Zbliżone wyniki odnajdujemy w pracy Ekici i wsp. [33], wykazującej także istotny związek pomiędzy symptomatologią depresyjną i odczuciem duszności. Niestety, brak jest w literaturze opracowań dotyczących porównań siły interakcji psychopatologia–duszność pomiędzy chorymi na astmę alergiczną

i niealergiczną. Tego typu badania mogłyby mieć istotne znaczenie w próbie zrozumienia złożonych mechanizmów związku czynników psychologicznych z przebiegiem dwóch postaci klinicznych choroby. Uzyskane w naszym opracowaniu wyniki nie pozwalają na zróżnicowanie chorych alergicznych i niealergicznych pod tym kątem, co pozwala sądzić, iż zignorowanie objawów lękowo-depresyjnych może być uznane za błąd terapeutyczny w przypadku zarówno grupy chorujących na astmę alergiczną, jak i niealergiczną.

W kolejnych obliczeniach wykazaliśmy korelacje pomiędzy wynikami badań czynnościowych układu oddechowego oraz większością analizowanych zmiennych psychopatologicznych i osobowościowych. Podobnie jak w przypadku duszności nie udało się wykazać różnic w sile opisanych korelacji pomiędzy alergiczną i niealergiczną postacią choroby.

Nowobilski [34] oraz Krommydas [4] również opisali korelacje o cechach istotności na osi psychopatologia–stan czynnościowy układu oddechowego, jednak badacze nie uwzględnili w swoich analizach problematyki zróżnicowania dwóch postaci klinicznych astmy oskrzelowej.

Wnioski

1. Brak istotnych różnic w zakresie psychopatologii oraz wymiarów osobowościowych w grupach chorych z astmą alergiczną i niealergiczną nie uzasadnia wyodrębnienia którejs z tych podgrup jako wymagającej odmiennych oddziaływań psychologicznych.
2. Poczucie braku powietrza oraz wyniki badań czynnościowych układu oddechowego pozostają w związku z tłem psychologicznym choroby, nie różnicując jednak dwóch jej postaci klinicznych.
3. Kobiety chore na astmę mogą wymagać szczególnej uwagi klinicystów w związku z wyższymi względem mężczyzn wartościami niektórych wskaźników psychopatologicznych.
4. Neurotyzm nie różnicuje pacjentów pod względem płci na płaszczyźnie złożonej etiologii zaburzenia w przypadku astmy niealergiczej.

Piśmiennictwo

1. de Miguel Díez J, Hernandez Barrera V, Puente Maestu L, Carrasco Garrido P, Gomez Garcia T, Jimenez Garcia R. *Psychiatric comorbidity in asthma patients. Associated factors*. J. Asthma 2011; 48(3): 253–258.
2. Nascimento I, Nardi AE, Valença AM, Lopes FL, Mezzasalma MA, Nascentes R. i wsp. *Psychiatric disorders in asthmatic outpatients*. Psychiatry Res. 2002; 110(1): 73–80.
3. Sherwood Brown E, Khan DA, Nejtek VA, Rajan Thomas N, Mahadi SF. *Depressive symptoms and functioning in asthmatic patients*. Prim. Care Psychiatry 2000; 6(4): 155–161.

4. Krommydas GC, Gourgoulisanis KI, Angelopoulos NV, Kotrotsiou E, Raftopoulos V, Molyvdas PA. *Depression and pulmonary function in outpatients with asthma*. Respir. Med. 2004; 98(3): 220–224.
5. Lyketsos GC, Karabetsos A, Jordanoglou J, Liokis T, Armagianidis A, Lyketsos CG. *Personality characteristics and dysthymic states in bronchial asthma*. Psychother. Psychosom. 1984; 41(4): 177–185.
6. Gulec MY, Gulec H, Oztuna F, Kose S. *Cloninger's temperament and character dimension of personality in patients with asthma*. Int. J. Psychiatry Med. 2010; 40(3): 273–287.
7. Huovinen E, Kaprio J, Kuskenvuo M. *Asthma in relation to personality traits, life satisfaction and stress: a prospective study among 11000 adults*. Allergy 2001; 56(10): 971–977.
8. Nowobilski R, Furgał M, Czyż P, de Barbaro B, Polczyk R, Bochenek G. i wsp. *Psychopathology and personality factors modify the perception of dyspnea in asthmatics*. J. Asthma 2007; 44(3): 203–207.
9. Romanet-Manent S, Charpin D, Magnan A, Lanteaume A, Vervloet D, EGEA Cooperative Group. *Allergic vs. nonallergic asthma: what makes the difference?* Allergy 2002; 57(7): 607–613.
10. Rochat T. *L'asthme intrinsèque ou non atopique est-il une entité à part?* Rev. Med. Suisse 2005; 41(1): 2640–2643.
11. Ciesielska-Kopacz N. *Ocena wybranych czynników osobowości u chorych z różnymi postaciami klinicznymi dychawicy oskrzelowej*. Pol. Tyg. Lek. 1991; 46(22–23): 420–421.
12. Delvenne N, Wauthy J, Lejeune J. *La répétition des symptômes et des comportements : de l'usure des soignants à la dynamique des soins. Evaluation, en fonction du type d'asthme, de l'impact de la répétition des crises asthmatiques sur la psychopathologie du sujet*. La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale 1998; 18: 50–53.
13. Bahreinian S, Ball GD, Colman L, Becker AB, Kozyrskyj AL. *Depression is more common in girls with nonatopic asthma*. Chest 2011; 140(5): 1138–1145.
14. Potoczek A. *Ogólne różnice w nasileniu katastroficznej interpretacji doznań somatycznych oraz jej szczegółowy związek z nasileniem objawów zespołu lęku napadowego i depresji u kobiet i mężczyzn z astmą ciężką i trudną oraz astmą aspirynową*. Psychiatr. Pol. 2011; 45(4): 481–493.
15. Potoczek A. *Różnice w nasileniu i współwystępowaniu objawów zespołu lęku napadowego i depresji w astmie ciężkiej i trudnej oraz w astmie z nadwrażliwością na aspirynę (aspirynowej)*. Psychiatr. Pol. 2011; 45(4): 469–480.
16. Potoczek A. *Różnice w poczuciu koherencji w astmie ciężkiej, trudnej i w astmie z nadwrażliwością na aspirynę (aspirynowej) oraz jej związki z nasileniem objawów zespołu lęku napadowego i depresji w podgrupach kobiet i mężczyzn*. Psychiatr. Pol. 2011; 45(2): 197–209.
17. Potoczek A. *Związek mechanizmów obronnych osobowości z nasileniem objawów zespołu lęku napadowego i depresji u kobiet i mężczyzn z astmą ciężką i trudną i astmą aspirynową*. Psychiatr. Pol. 2011; 45(1): 21–33.
18. Furgał M, Nowobilski R, de Barbaro B, Polczyk R, Szczeklik A. *Locus of control and selected mental health variables in asthmatics: what are the associations with dyspnea?* Pol. Arch. Med. Wewn. 2011; 121(6): 187–192.
19. Nowobilski R, Furgał M, Polczyk R, de Barbaro B, Szczeklik A. *Gender gap in psychogenic factors may affect perception of asthma symptoms*. J. Investig. Allergol. Clin. Immunol. 2011; 21(3): 193–198.
20. *Global strategy for asthma management and prevention*. NIH Publication No 02-3659 Issued January, 1995 (updated 2002) Management Segment (Chapter 7): Updated 2004 from the 2003

- document. The GINA reports: http://www.ginasthma.org/local/uploads/files/GINAw04Edits_1.pdf (dostęp 27.09.2014)
21. Kendrick KR, Baxi SC, Smith RM. *Usefulness of the modified 0-10 Borg scale in assessing the degree of dyspnea in patients with COPD and asthma*. J. Emerg. Nurs. 2000; 26(3): 216–222.
 22. Sosnowski T, Wrześniewski K. *Polska adaptacja inwentarza STAI do badania stanu i cech lęku*. Przegl. Psychol. 1983; 26: 393–412.
 23. Sosnowski T. *Lęk jako stan i jako cecha w ujęciu C.D. Spielbergera*. Przegl. Psychol. 1997; 2(20): 349–360.
 24. Robinson JP, Shaver PR, Wrightsman LS. *Measures of personality and social psychological attitudes*. San Diego, California: Academic Press Inc.; 1991.
 25. Parnowski T, Jernajczyk W. *Inwentarz Depresji Becka w ocenie nastroju osób zdrowych i chorych na choroby afektywne*. Psychiatr. Pol. 1977; 11(4): 417–425.
 26. Hall CS, Lindzey G, Campbell JB. *Teoria cech biologicznych Hansa Eysencka*. W: Hall CS, Lindzey G, Campbell JB. red. *Teorie osobowości*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2004.s. S 361–388.
 27. Drwal RŁ. *Poczucie kontroli jako wymiar osobowości – podstawy teoretyczne, techniki badawcze i wyniki badań*. W: Drwal RŁ, Brzozowski P. red. *Adaptacja kwestionariuszy osobowości*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 1995. s. 199–227.
 28. King BM, Minium EV. *Statystyka dla psychologów i pedagogów*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2009.
 29. Teiramaa E. *Psychic factors and the inception of asthma*. J. Psychosom. Res. 1979; 23(4): 253–262.
 30. Fernandes L, Fonseca J, Rodrigues J, Vaz M, Almeida J, Winck C. i wsp. *Personality characteristics of asthma patients*. Rev. Port. Pneumol. 2005; 11(1): 7–34.
 31. Loerbroks A, Apfelbacher CJ, Thayer JF, Debling D, Sturmer T. *Neuroticism, extraversion, stressful life events and asthma: a cohort study of middle-aged adults*. Allergy 2009; 64(10): 1444–1450.
 32. Espinosa Leal FD, Parra Roman M, Mendez NH, Toledo Nicolas DA, Menez Diaz D, Sosa Eroza E. i wsp. *Anxiety and depression in asthmatic adults in comparison to healthy individuals*. Rev. Alerg. Mex. 2006; 53(6): 201–206.
 33. Ekici A, Ekici M, Bulcun E. *Affect status and perception of exacerbation in patients with asthma*. Allergy Asthma Proc. 2010; 31(6): 106–110.
 34. Nowobilski R. *Psychosomatyczne korelacje u chorych na astmę oskrzelową*. Pol. Arch. Med. Wewn. 1999; 102(6): 1063–1067.

Adres: Mariusz Furgal
Katedra Psychiatrii UJ CM
31-501 Kraków, ul. Kopernika 21a

Otrzymano: 8.02.2014
Zrecenzowano: 6.04.2014
Otrzymano po poprawie: 21.04.2014
Przyjęto do druku: 1.09.2014